



Bulletin de l'APAD

25 | 2003

La Violence endémique en Afrique

La production de la violence au fil des décisions dans quelques services publics de santé maternelle au Mali

Aïssa Diarra



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/apad/207>

ISSN : 1950-6929

Éditeur

LIT Verlag

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2003

Référence électronique

Aïssa Diarra, « La production de la violence au fil des décisions dans quelques services publics de santé maternelle au Mali », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 25 | 2003, mis en ligne le 15 juin 2007, consulté le 19 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/apad/207>

Ce document a été généré automatiquement le 19 avril 2019.

Bulletin de l'APAD

La production de la violence au fil des décisions dans quelques services publics de santé maternelle au Mali

Aïssa Diarra

- 1 L'assemblée des Nations Unies en 2000, a souligné que dans la plupart des pays en développement, "les taux de mortalité et de morbidité maternelles demeurent beaucoup trop élevés" (Nations Unies, 2000). Les chiffres, bien qu'approximatifs et devant être pris avec la plus grande prudence, renseignent tout de même sur l'ampleur de la situation ¹. Ainsi, au Mali, le taux de mortalité maternelle reste élevé, puisque la troisième enquête démographique et de santé réalisée pour la période 1996-2001 l'estime à 582 décès maternels pour 100000 naissances vivantes (E.D.S. III, 2002).
- 2 Les analyses, découlant de nombreuses recherches récentes, montrent que les causes de la persistance de ces taux élevés de mortalité maternelle ne sont plus uniquement attribuées aux populations - qui étaient jusque là considérées comme seules responsables des échecs parce que ignorantes et faisant fi des recommandations émanant des politiques sanitaires - mais aussi à l'offre publique de santé. Désormais des recherches se focalisent sur les systèmes de santé pour dévoiler leurs dysfonctionnements. Des séries d'entretiens et d'observations montrent qu'une partie non négligeable des mauvais résultats sanitaires sont à rechercher dans les mauvaises relations entre personnels de santé et usagers. Au devant de la scène, des situations d'interactions violentes entre les acteurs sont largement décrites (Jaffré et Olivier de Sardan, 2002). Un des moyens d'accéder à la compréhension de ces situations est de mettre l'accent sur les processus par lesquels les violences prennent forme et se font quotidiennes dans les services de santé.
- 3 Schématiquement, dans le champ de la santé maternelle il existe d'une part, ceux qui élaborent les politiques et d'autre part, ceux sur qui appliquent ces politiques. Les premiers, habituellement appelés les décideurs politiques, adoptent des décisions qui les engagent à améliorer la santé maternelle. En décidant de considérer la mortalité

maternelle comme un problème majeur, ils l'intègrent dans des politiques des districts de santé. Les personnels de santé s'organisent en fonction des options politiques du pays, tout en prenant également des décisions à leur niveau. Concrètement, il leur revient de prendre la décision de référer dans les meilleurs délais une parturiente en état de complication obstétricale vers une structure de référence. Pour ce qui concerne les femmes et leurs familles, le fait de recourir aux soins d'un centre de santé procède avant tout d'une décision prise au sein de l'espace domestique. Ces exemples, simples soulignent l'importance des prises de décisions à tous les niveaux.

- 4 Il faut par ailleurs compter avec les liens étroits qui existent entre les décisions et les finalités des actions entreprises. Le terme de finalité est important pour les analystes des prises de décision. Par exemple, Christian Morel propose une analyse téléologique de certaines décisions qu'il considère comme absurdes. Il met en relation son objet de recherche et le but visé qui, dans ses études de cas très variés, est "incertain, absent, non contrôlable ou inconsistant" (Morel 2002 : 259). Dans son ouvrage novateur consacré à la prise de décision médicale, Lucien Israël (1980) déplore le peu d'enthousiasme des chercheurs à étudier les problèmes sanitaires sous l'angle des prises de décisions. L'absence de postérité de quelques ébauches n'offre quasiment aucune référence dans ce domaine. Dans le champ particulier de la santé maternelle, un travail préalable serait de montrer à quel point les décisions pèsent considérablement sur les parcours des parturientes.
- 5 Je voudrais souligner dans la première partie de cet article comment des prises de décision aboutissent à des accouchements dans la violence. Pour cela, je propose une étude de cas sur le parcours d'une parturiente. Une enquête rétrospective permet de m'informer sur la survenue des premiers symptômes en dehors des structures sanitaires, jusqu'à la prise en charge médicale au service de santé, en passant par les événements qui se sont déroulés au sein de la famille, les services contactés en premier lieu, l'évacuation, les moyens financiers disponibles, les moyens de transport utilisés. Je m'enquiers des relations avec les soignants et des interactions qui en résultent. A chaque étape ou situation, je m'attache aux décisions prises ou non durant le parcours de la parturiente.
- 6 Les décisions ne sont évidemment pas des entités isolées ; elles sont produites dans un cadre général qui possède "ses rationalités, ses relations de pouvoir... et ses investissements affectifs", d'autre part elles agissent à leur tour sur ce cadre en le transformant (Ghertman, 1981 : 12). Je consacre donc la deuxième partie au cadre médical dans lequel les décisions sont prises. Il s'agit d'abord de l'espace du service de santé maternelle, plus particulièrement de la salle d'accouchement où se déroule l'essentiel des activités de prise en charge des parturientes. Il s'agit ensuite de soignants qui y travaillent, évoluent, et prennent des décisions. Je prends comme centre d'intérêt le groupe professionnel des sages-femmes en les observant et les interrogeant sur leurs pratiques, notamment sur ce qu'elles pensent des parturientes.
- 7 Madame Koné a 33 ans. Elle est hospitalisée dans un centre de santé de référence situé dans une commune de Bamako. Je la trouve couchée sur son lit, dans une des salles des opérés du service de gynécologie obstétrique, qu'elle partage avec deux autres patientes. Sa fille, assise sur le bord du lit, s'occupe à ouvrir l'une après l'autre des boîtes de médicaments dans un petit sac de pharmacie. Elles sont toutes vides. Je remarque sur un quatrième lit, la présence insolite, dans cette salle des femmes, d'un garçon d'environ 10 ans, opéré pour une hernie ombilicale - Le major du service, fait son entrée, un gros registre dans les bras. D'une voix autoritaire, elle ordonne à la dame qui s'occupe du

garçon de plier sa natte. Les deux patientes sont réprimandées pour avoir laissé traîner des ustensiles de cuisine dans l'espace commun. Madame Koné quant à elle, a droit à un avertissement pour le problème de paiement de son hospitalisation. J'attends la fin de cette tournée pour me présenter à Madame Koné. Trois éléments intéressants de son dossier obstétrical m'amènent à elle : évacuée d'un centre de santé communautaire, mort-né et laparotomie. Le staff au cours duquel je repère son cas est plus révélateur. Avant de rendre compte de l'entretien que la soignée a bien voulu m'accorder, voici la présentation qui est faite de son cas par les soignants.

- 8 Il est 8h30. Nous sommes dans une salle où se déroulent à la fois les formations continues des sages-femmes et les staffs du personnel. Les staffs réunissent tous les jours uniquement les personnels de la maternité. Comme chaque matin, des soignants, une quinzaine, sont assis autour d'une table en fer, tout grade confondu. Ils attendent les principaux animateurs, à savoir la personne qui va diriger la séance ² et ceux qui finissent leur garde.
- 9 Après quelques minutent d'attente, le staff se déroule sous la direction du médecin-chef assisté d'un ancien interne qui note tous les cas présentés dans un registre, ainsi que les décisions prises. Ceux qui étaient de garde commencent par présenter d'abord une première série de cas, ceux qui se sont passés sans problèmes majeurs. Ensuite, la deuxième série est présentée, comprenant des cas qui ont été suivis de complications et ayant nécessité une hospitalisation. On commence par le cas de Madame Koné.

"La sage-femme : "Prénom : Sata ; nom : Koné ; âge : 33 ans ; ethnie : Bambara ; profession : ménagère ; conjoint : Moulai Moulou, tailleur ; adresse : chez son mari à Ka, évacuée de ASACOKa ³"

Médecin-chef : "C'est Ka ?"

Sage-femme : "Oui."

Médecin-chef : "On ne s'y retrouve plus avec tous ces noms de CSCom ⁴"

Sage-femme : "Antécédents, G4, PI, V2, DI, AO, 2CPN ⁵ Elle est arrivée à 15h à dilatation stationnaire. A 17h j'ai fait l'accouchement. Il s'agit d'un mort-né pesant 2700 kg. Elle a été référée à l'interne pour laparotomie"

Médecin-chefs adressant à l'interne : "Pourquoi une laparotomie ?"

Interne : "Elle avait une température trop élevée et son abdomen était dur. Quand je l'ai examinée, j'ai su qu'elle faisait une rupture utérine." Médecin-chef à la sage-femme : "Pourquoi vous n'avez pas immédiatement remarqué cette rupture ? Vous n'avez pas fait la révision utérine ?"

Sage-femme : "Si, je l'ai faite mais la brèche devait être très petite" Médecin-chef : "Vous devriez la faire avec insistance surtout qu'il s'agit d'une ancienne césariée et que son utérus n'a pas fait la preuve de sa solidité".

- 10 Ces échanges entre soignants se passent dans un ton totalement neutre. Il me tarde à présent d'écouter la principale intéressée. Lorsque je demande à Madame Koné de me relater l'histoire de son accouchement, depuis les premiers symptômes jusqu'à sa prise en charge au centre de référence, je suis loin de me douter que tout commence dans le grand Marché Rose de Bamako.

"C'était le Samedi matin. J'étais partie au grand marché en ville. J'ai eu mal au ventre au marché. Je me suis dit que j'allais me débrouiller pour retourner à la maison. Je n'ai pas pu. Je suis allée aux toilettes du marché. Quand j'ai fini d'uriner, en allant leur donner l'argent, j'avais de la peine à tenir debout et j'ai perdu une grande quantité d'eau. En même temps la douleur au ventre est devenue intense. Quelqu'un, un commerçant, a eu pitié de moi et m'a emmenée à l'hôpital.

Ils m'ont examinée puis, ils m'ont dit que c'était le travail qui avait débuté, mais que je n'allais pas accoucher maintenant. Comme je ne suis accompagnée par aucun membre de ma famille, et que je n'ai pas d'argent, ils m'ont dit d'aller à la maison.

Le commerçant a dit que comme il ne me connaît pas et qu'il ne connaît pas non plus chez moi, que c'est difficile, et que nous n'avons pas d'argent aussi. Donc il fallait qu'on parte à la maison pour informer ma famille avant de revenir.

Nous sommes allés à la maison où je suis restée un peu longtemps. Mon mari n'avait pas d'argent, il n'avait rien. Il courait à la fois après l'argent et aussi après un véhicule. Parce que là où nous sommes, il n'y a pas de taxi. Il est allé chez des connaissances pour chercher un véhicule. Ça a duré un bon bout de temps et j'avais toujours mal au ventre. Quand il a eu le véhicule d'un ami et un peu d'argent, il m'a emmenée au centre de santé de Ka. Là-bas, lorsque je suis montée sur la table, la femme a mis le gant, elle m'a vite examinée et tout de suite, elle nous a dit qu'ils ne peuvent faire aucun travail sur moi. Elle nous a dit de venir vite ici parce que je suis une ancienne césariée. Le monsieur qui conduisait a fait vite. Quand on est arrivé ici, je suis montée sur la table et on m'a examinée."

"Par la suite, c'est couchée par terre que j'ai accouché mon enfant. Il y avait des gens sur toutes les tables. Une descendait, une autre montait. Lorsque c'est le moment pour une femme, on lui dit de monter. Elles disaient que je descende, qu'elles vont en examiner une autre. Quand je suis descendue, elles n'ont pas voulu que je remonte sur la table. Les autres montaient et descendaient. Moi, je ne suis plus remontée du tout. La femme m'a dit : 'toi, tu vas rester en bas'. J'étais agenouillée, j'ai dit : 'ah, quelque chose est en train de sortir'. Elle m'a dit de me coucher par terre pour qu'elle m'examine. Quand je me suis couchée par terre, elle a regardé et a dit que l'enfant est venu. Elle a tiré l'enfant et l'a sorti. Ensuite, on m'a dit de me lever. Quand je me suis levée, j'avais des vertiges. On m'a emmenée me coucher à côté, par terre. Il n'y avait qu'un seul lit dans cette salle, quelqu'un était couché sur ce lit. Bon je suis restée couchée ainsi jusqu'à ce que j'ai fini par avoir froid. Quand la personne qui était sur le lit est partie, celle qui m'avait accompagnée et une sage-femme m'ont aidée à monter. J'ai dit que j'avais des vertiges. On m'a servi du thé. Ensuite j'ai eu des douleurs au ventre, cette douleur était plus intense que le travail. On m'a dit de rester jusqu'à ce que les douleurs disparaissent. Je suis restée comme ça et j'ai commencé à vomir.

Ensuite, j'ai demandé à partir. On m'a dit non, et que je ne pourrais partir que lorsque les vomissements auront disparu. Je suis restée couchée ainsi très longtemps, jusqu'à très tard dans la nuit. Quelqu'un est venu me trouver en train de geindre, c'était une sage-femme. Elle m'a demandé : 'qu'est ce que vous faites jusque maintenant ici ? Vous n'avez pas accouché ?' ; j'ai répondu : 'j'ai accouché, mais j'ai des douleurs et on m'a dit de rester, que je ne parte pas à la maison. Donc je suis restée là et personne ne m'examine'. Elle a dit à un monsieur qui opère de venir voir mon ventre. Elle disait qu'une femme qui vient d'accoucher ne doit pas avoir le ventre comme ça, que ce n'est pas normal. Le monsieur a touché à mon ventre, il n'y avait aucun moyen, il ne pouvait pas toucher mon ventre du tout tellement j'avais mal. J'avais le ventre gonflé et il y avait trop de douleur. On a amené une seringue pour piquer dans mon ventre et tirer. C'était du sang noir. Ils m'ont dit que je ne peux pas passer la nuit comme ça, qu'il faut que je sois opérée. Quand on m'a opérée, la douleur s'est calmée. Bon on m'a dit qu'en accouchant, l'enfant a éclaté ma trompe. "

- 11 Cette description est nécessaire pour repérer les différentes décisions prises durant ce parcours. J'en retiens sept principales. En les ordonnant, il est possible de procéder à une analyse séquentielle.

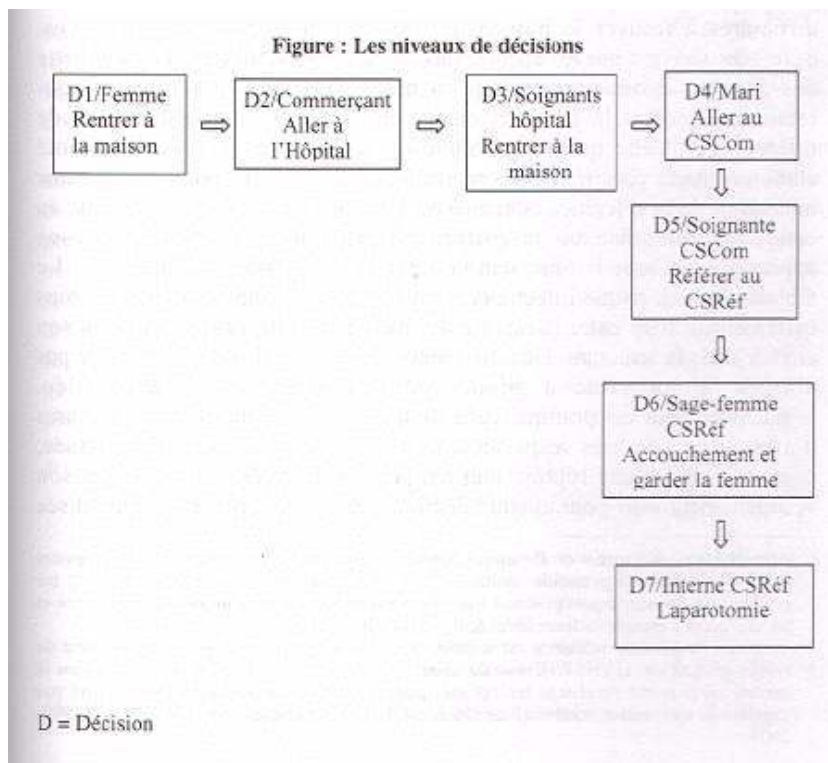
- *Décision 1* : celle de la parturiente. Cette décision semble être plutôt une intention non énoncée, elle n'est pas suivie d'action. Le réflexe de la parturiente face à ce début de travail est de chercher à rentrer chez elle.
- *Décision 2* : elle est prise et formulée par une tierce personne, le commerçant du marché. Elle occulte la décision 1. Elle est clairement énoncée et suivie d'une action qui est celle d'aller à

l'hôpital. Ici, se profile un premier niveau de pouvoir décisionnel plus fort que celle de la parturiente.

- *Décision 3* : elle provient des soignants de l'hôpital qui renvoient la parturiente chez elle. En allant à l'hôpital sur décision du commerçant, la prise en charge (une mise sous surveillance dans un tableau de début de travail avec rupture des membranes) à laquelle la parturiente pouvait prétendre n'a pas eu lieu. Cette décision 3 rejoint en fait la décision 1, celle de la parturiente.
- *Décision 4* : celle du mari d'emmener la parturiente au CSCom de la commune. Cependant cette décision est liée à une autre, sous-jacente qui conduit à la recherche au préalable d'un véhicule et de la somme d'argent nécessaire pour les frais de transport et d'accouchement.
- *Décision 5* : La soignante du CSCom décide de la référer immédiatement après l'avoir examinée. Cette décision contrarie en quelque sorte la précédente qui ne prévoit justement pas une continuité vers une autre structure de soins.
- *Décision 6* : La sage-femme du centre de référence pratique l'accouchement et décide de la garder dans la salle des nouvelles accouchées. Le maintien de la femme dans le service après l'accouchement signifie la mise en route d'une observation médicale qui, cependant n'est pas effectuée. Ce niveau de décision a conduit dans son ensemble (mauvaise révision utérine et absence de surveillance médicale) à l'existence de la dernière décision.
- *Décision 7* : Un interne du centre de référence décide de la prendre en salle d'opération pour une laparotomie.

- 12 Pour illustrer cette analyse, la figure suivante représente les différents niveaux de décisions prises durant le parcours de la parturiente.

Les niveaux de décision



- 13 Ce schéma fait ressortir de manière claire les liens directs entre les décisions et une mauvaise prise en charge. Il met aussi en évidence les dispositifs qui modèlent le

déroulement de l'accouchement et dont les dysfonctionnements en font une suite de violences. Les dispositifs en question dans le cas de Madame Koné tournent autour du système de référence, le pouvoir décisionnel, la gestion de la faute professionnelle.

- 14 On oublie souvent que le point de départ de la référence ⁶ survient au sein de la communauté. Contrairement à ce qui est prévu dans les textes ⁷, la parturiente commence sa première étape sans transition du marché à un hôpital national c'est-à-dire au niveau le plus haut de soins. Cette utilisation inadéquate du système de référence est souvent déplorée par les intervenants de la santé maternelle, les usagers court-circuitant les services de première ligne. En deuxième lieu, la parturiente est renvoyée chez elle par les soignants, non pas par respect des textes (si c'est le cas les soignants auront plutôt procédé à une contre-référence vers une structure de première référence) mais pour n'être pas accompagnée par un membre de sa famille et ne disposant d'aucune somme d'argent. Ensuite viennent toutes les difficultés à trouver le moyen de transport et le paiement des soins, désignées souvent par les spécialistes de la santé publique sous l'étiquette des facteurs économiques dans la morbi-mortalité maternelle et qui retardent d'autant la prise en charge médicale. La troisième étape de référence est celle qui se fait donc du domicile à un centre de santé communautaire proche où très rapidement le cas est reconnu comme une indication de la référence. Cependant, à la quatrième et dernière étape au centre de référence où la parturiente est censée recevoir des soins appropriés, la sage-femme semble faire fi de l'urgence obstétricale. Le tableau de haut risque infectieux n'est pas pris en compte après ce temps extrêmement long entre la rupture des membranes depuis le marché et son arrivée dans la structure. De plus l'antécédent de césarienne ne semble pas obliger la soignante à adopter une prise en charge appropriée. L'accouchement est pratiqué dans de mauvaises conditions : les mesures d'asepsie ne sont pas respectées, la révision utérine est mal effectuée, passant à côté d'une rupture utérine, la parturiente est retenue après son accouchement sans pour autant bénéficier d'une surveillance. Hospitalisée à la suite d'une opération chirurgicale sans moyen financier, Madame Koné peut être considérée à la fin de son périple comme faisant parti des nombreux cas de *near miss* ⁸ qui alimentent trop souvent les chroniques d'accouchement au Mali comme dans la plupart des pays pauvres. Parce qu'il est impossible de prévoir tous ces cas de figure tant ils sont divers, Albrecht Jahn et Vincent de Brouwere soulignent que les protocoles de la référence ne peuvent qu'être généraux (Jahn & Brouwere De 2001). Comme la plupart des normes des systèmes de santé, ils masquent les "enjeux, réseaux, interactions, qui structures les services sanitaires" (Jaffré 1999 : 15). Mais le problème persistant dans les besoins de santé des usagers est le manque de ressources financières, facteur d'exclusion pour des soins de qualité pour tout le monde ⁹.
- 15 Un des constats qui ressort de cette étude de cas relève du fait que la parturiente n'a aucun pouvoir de décision sur le déroulement de son accouchement. Tout au long de son parcours, elle est ballottée au gré des décisions prises par des acteurs aussi divers qu'un commerçant au marché, son mari et des soignants de trois structures de soin ¹⁰. La finalité de la succession de ces décisions est aussi importante à souligner. Madame Koné perd son enfant. Comment ne pas évoquer ici le vécu de la souffrance à la suite de cette perte ? Muriel Flis-Trèves dévoile le vécu de ce drame en donnant la parole aux femmes (Flis-Trèves, 2001) ¹¹.
- 16 Le staff est une occasion d'observer comment, collectivement, les soignants perçoivent l'échec et situent les responsabilités. La sage-femme commet une faute professionnelle en ne prenant pas de précaution pour prévenir la rupture utérine. L'observation 1 montre la

banalité avec laquelle cette faute technique est abordée en salle de staff. Ici, tout comme je l'ai remarqué dans d'autres cas, les fautes sont "débattues" dans une atmosphère détendue. Le geste technique mal accompli ne correspond pas forcément à une faute professionnelle. Il semble que c'est plutôt le fait de ne pas le porter à la connaissance de ses pairs qui devient une erreur. De plus, il est intéressant de noter que l'expression "faute professionnelle" n'est jamais utilisée par les soignants lors des staffs. Il apparaît que ce terme est trop cru, il renvoie trop à des actes graves qui entraînent parfois le décès d'une patiente. D'autres expressions sont utilisées pour contourner le terme avec des locutions telles que : "tu ne devrais pas faire ça", "tu as oublié que...", "tu devrais insister"¹². Parfois, le responsable rappelle tout simplement les conduites à tenir. Dans cette attitude de banalisation des fautes (Mebtoul, 2002), les soignants paraissent faire fi des conséquences affectives de leurs erreurs techniques sur les parturientes. On observe un décalage entre les pratiques des soignants et les attentes des parturientes. Marc Eric Gruénais (2002) met au compte de ce décalage des problèmes de communication, voire des malentendus permanentes notamment autour des concepts de risque et de qualité des soins.

- 17 La notion de faute renvoie à celle de sanction. Le manuel de procédure d'exécution du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS 1998-2002) précise qu'à la suite de la décision de donner un caractère formel à la faute, le responsable de service devra adresser au fautif une demande d'explication écrite. Une telle procédure conduit alors à dépasser les échanges verbaux et peu contraignants pour entrer dans une suite de règles administratives écrites qui mènent vers des niveaux de décisions extérieurs à la structure de santé (direction régionale de la santé publique du district, ministère chargée de la santé et de l'action sociale) et qui peuvent remettre en cause la carrière du fautif. Ce stade est rarement atteint, les soignants s'organisant en fonction de normes déontologiques qui leur sont propres, résultats d'une construction progressive au cours de situations d'interaction¹³. La sanction ne concernerait alors que quelques soignants qui n'auraient pas respecté ces normes.
- 18 Il est 10h dans la salle d'accouchement d'un hôpital. La pièce est constituée de deux parties : la première est grande et comprend trois tables d'accouchement séparées par des paravents, toutes occupées par des parturientes. Je repère un petit fourneau rempli de braises et dans lequel brûle un encens très odorant. La sage-femme de garde est assise à un bureau faisant face à ses clientes. Elle remplit des dossiers. Dans un coin, un lavabo ébréché goutte, faisant écho à quelques geignements. A l'opposé, une étagère occupe la moitié d'un mur. Elle comprend vingt quatre petits compartiments correspondant aux heures de la journée. Les compartiments annotés 7 h et 8h contiennent chacun un dossier. Cela signifie que deux parturientes ont été prises en charge à ces heures-là. Des cris de nouveau-né attirent mon attention. Ils viennent de la deuxième partie de la salle d'accouchement, moins grande que la première. Une infirmière donne son premier bain à un nouveau-né dans une bassine sous le robinet. Une boîte à matériel de soins infirmiers et un pèse-bébé sont posés de l'autre côté. Une casserole remplie d'eau chaude est posée sur une gazinière. Dans un seau, je vois un deuxième nouveau-né moins chanceux que le premier : un mort-né. Mon regard est attiré par une fenêtre à travers laquelle je vois des gens passer. Leur apparence insouciante contraste fortement avec la scène qui se déroule ici. Un cri de douleur.

"Une sage-femme : "Vas-y' quand tu sens la douleur tu fais ! Attrape tes pieds ; pousse ne lâche pas ! vas-y ! attrape tes pieds ; c'est ça qui t'aide ! (Cris de la parturiente)... Mon amie ! Mon Dieu ! J'ai besoin de l'infirmière !". Quelqu'un part chercher

l'infirmière. La sage-femme s'adressant à la parturiente : "Ne fait pas ça ! Voilà ! vas-y ! il reste un peu seulement ! Ne te soulève pas ! Voilà, vas-y ! Arrête de pleurer ! Allez pousse. Allez, allez... Remonte un peu..." (cris du nouveau-né). "

- 19 Deux heures après son arrivée, Madame Dia vient d'accoucher d'un nouveau-né de sexe masculin. Puis elle quitte le service, son bébé dans les bras de son accompagnante.
- 20 Cette observation est l'illustration d'un accouchement dit "simple" par les soignants car n'ayant nécessité aucune manœuvre de la part de la sage-femme et pas de référence. Toute la prise en charge de Madame Dia s'est effectuée dans l'unité accouchement sous la seule responsabilité de la sage-femme.
- 21 D'un point de vue officielle, le service hospitalier fonctionne sous le mode de la division et de la hiérarchisation des tâches. Un usager qui entre avec une pathologie donnée est tout d'abord vu par l'externe qui est chargé de recueillir des informations par un interrogatoire médical et un examen clinique. Il peut également poser les premières hypothèses diagnostics. Puis l'interne à son niveau par des techniques d'investigation affine les hypothèses. Et c'est à l'assistant que revient la tâche de poser le diagnostic par son expérience et sa capacité à avoir recours à des investigations sophistiquées. Il indique aussi la thérapeutique à suivre et dont le premier exécutant est l'interne. Le chef de service quant à lui est l'échelon suprême auprès de qui sont soumis les cas les plus compliqués et qui n'ont pas pu être compris et maîtrisés par l'assistant. Cet ordre ascendant n'est cependant pas absolu dans les faits. L'organisation du travail hospitalier s'écarte souvent des règles préconçues (parfois mal établies et floues) pour se réaliser en fonction de processus complexes de négociation entre les soignants. Ainsi, à l'observation, la salle d'accouchement se présente souvent comme un lieu où les sages-femmes travaillent dans une indépendance quasi-totale ¹⁴. Elles n'ont recours que rarement à la référence à l'échelon supérieure, court-circuitant le travail d'articulation qui prévaut à l'hôpital (Strauss, 1992).
- 22 Lorsque les sages-femmes parlent de leur travail dans la salle d'accouchement, elles évoquent volontiers des moments calmes où il y a peu ou pas de parturientes. Pour l'observateur, ces instants ressemblent parfois à cette image de la sage-femme assise à son bureau, feuilletant un journal, et qui se lève de temps à autre pour examiner l'unique parturiente dont elle a la charge. Quant aux intéressées, elles insistent surtout sur ces occasions de se reposer et de causer tranquillement entre elles dans leur salle de garde. Mais qu'on ne s'y trompe pas, leur travail n'est pas toujours synonyme de tranquillité. Il correspond bien des fois à des situations intenses. Il s'agit alors non plus d'une ou deux, mais d'au moins cinq parturientes qui se présentent presque en même temps. Elles décrivent alors leur métier comme épuisant :

"Quand les femmes arrivent comme ça, le travail ne s'arrête plus. Tu n'as plus la paix. Ça crie de partout et il faut courir par ci par là. Ce travail fatigue trop !" (Sage-femme 28 ans)
- 23 J'ai surtout remarqué que dans ces conditions extrêmement tendues, les sages-femmes demandent souvent à leurs clientes d'aller marcher dans les couloirs. Une manière d'agir sur le cours du travail d'accouchement ou pour libérer une table afin d'examiner une autre femme ? Lorsque la question de l'utilité de la marche est posée aux sages-femmes, une première réponse fait état d'une pratique qui a toujours existé :

"Bon la marche là, c'est quelque chose qu'on faisait depuis longtemps, depuis belle lurette. C'est les vieilles qui disaient ça. On disait aux femmes il faut marcher, comme ça, la tête va sortir. C'est des habitudes qu'on avait avant et qui continuent encore." (Surveillante générale 48 ans, hôpital).

- 24 Et la recommandation viendrait aussi des médecins accoucheurs :
- "Bon ! Oui, on a vu des vieilles dire ça, et puis même nos gynécologues parlaient de ça. Il faut marcher, des trucs comme ça. On trouvait que la marche, comment dirais-je, ça favorisait un peu la descente de la tête." (Surveillante générale 48 ans, hôpital).
- 25 Il est fréquent aussi d'entendre les sages-femmes demander aux parturientes de tenir leurs pieds pour avoir des forces :
- "Nous leur disons de tenir leurs pieds. Moi je crois que ça peut aider la femme. C'est une manière de l'aider. Souvent il y a des femmes qui tiennent leur maman comme ça et qui s'agrippent" (Sage-femme maîtresse).
- 26 Dans les pratiques d'accouchement des sages-femmes, les massages sur le ventre des parturientes sont aussi habituels. Il s'agit de petits massages faits avec les bouts des doigts entre les contractions. Les sages-femmes interrogées à ce sujet disent qu'elles le font instinctivement mais ne croient pas vraiment à l'utilité de ces massages. Une sage-femme explique :
- "C'est pour exciter un peu le muscle utérin, pour qu'il y ait des contractions. Mais à mon avis ça ne sert à rien. On a pas besoin de faire ça pour avoir une bonne contraction." (Surveillante générale 48 ans, hôpital)
- 27 Les petits massages peuvent devenir parfois de véritables pressions sur le ventre pour "aider la femme à expulser". Cette observation en dit plus :
- 28 Janvier 1999. Je suis dans la salle d'accouchement d'un service hospitalier qui ne connaît pas encore les récentes réformes qui ont améliorées la prise en charge des parturientes. Une sage-femme place une perfusion à une parturiente. La soignante est très énervée car voilà déjà une heure que la dilatation est complète et que la parturiente n'arrive pas à expulser. La sage-femme s'adressant à la parturiente :
- "Je te mets le sérum ; dès que tu auras les contractions tu pousses de toutes tes forces."
- 29 Visiblement très épuisée, la femme montre par un signe de la tête qu'elle a compris. Mais malgré les contractions induites par le "sérum" qui est en fait une perfusion d'ocytocique, les efforts expulsifs de la femme restent inefficaces. La sage-femme me prend à témoin :
- "Regardez, la tête est là. Vous la voyez ? Elle refuse de pousser !"
- 30 Elle sort et revient quelques instants avec un manœuvre. Celui-ci est souvent appelé par les sages-femmes pour pratiquer des pressions sur le ventre des parturientes qui présentent une dystocie. Il est réputé pour savoir bien les faire. La sage-femme s'adressant à la parturiente :
- "Il va t'aider. Si l'enfant ne vient pas on t'amène pour l'opération."
- 31 Le manœuvre monte sur le marche-pied pour être dans une bonne position d'appui. Avec de nouvelles contractions il appuie très fort sur le ventre de la parturiente. Elle crie. Il arrête d'appuyer quand il n'y a plus de contractions. L'atmosphère est tendue dans la salle. Au troisième essai, le fœtus est enfin expulsé. Les premiers gestes rapides de réanimation pratiqués par la sage-femme permettent au nouveau-né de pousser ses premiers cris.
- 32 Les sages-femmes affirment que les difficultés qu'elles rencontrent viennent en grande partie des parturientes. Celles-ci sont volontiers classées comme "folles", "difficiles", "têtues", "pas compréhensives", "ne coopérant pas" ¹⁵. Dans les faits cela correspond couramment aux appels incessants des parturientes même si on les comprend :

"Elles t'appellent alors que l'accouchement n'a même pas encore commencé. Parce que les contractions peuvent s'accélérer alors que ce n'est pas encore l'accouchement. Elles prennent peur. Elles disent : 'viens ! viens vite !'. Tu viens et tu trouveras le plus souvent que c'est pas encore sérieux." (Infirmière obstétricienne 32 ans)

33 Les peurs viennent surtout des primipares que les sages-femmes trouvent ignorantes :

"Les primipares ont peur à cause des informations qu'elles ont entendues en ville avant qu'elles ne viennent chez le docteur. On leur dit : 'quand tu accouches, ça se passe comme ci et comme ça. Il faut marcher à quatre pattes. Il faut griffer la terre'. Les vieilles disent qu'en serrant un caillou l'eau en sort. C'est pour montrer que l'accouchement est dur. Cela rend difficile notre travail. Imaginez la femme qui reste par terre et qui refuse de monter sur la table. Il y a risque d'infection !" (Une soignante)

34 Puis viennent ces situations décrites comme insoutenables et remettant en question le sens même du métier de sage-femme :

"Quand tu fais un travail, ça entraîne la nervosité, surtout il y en a certaines qui viennent et pour qui c'est trop lent. Toi même tu es épuisée avec elle. Il y a des femmes aussi qui ne sont pas compréhensives. Quand tu veux les diriger d'une manière, peut-être qu'elles ne préfèrent pas ça. Elles essaient de se compliquer les choses. Certaines t'amènent à la nervosité. Mais certaines vraiment ne sont pas faciles du tout. Même pour faire le toucher, elles adoptent certains comportements. Si tu n'es pas compréhensive, cela peut t'amener à la nervosité. Tu vois tout cela peut mettre de la nervosité dans ton travail. Et même te donner le dégoût du travail. Je te le dis ; nous-même on a eu un accouchement ici. Le Dr D. était là. Si tu lui demandes sur cet accouchement, peut-être il pourra te le raconter. C'était une fille têtue, elle ne comprenait pas le bambara [rires]. Elle ne comprenait rien. On aurait dit une folle. Comme si elle n'était pas avec tous ces esprits. Donc tu peut rencontrer ce genre de personne, celles qui t'emmènent à ne plus aimer ton travail." (Infirmière obstétricienne 32 ans)

35 Et les réactions, comme pour refouler ces sentiments confus et dévalorisants, deviennent défensives et donnant suite parfois à une agression verbale contre les parturientes :

"Parfois tu es obligée de les insulter. Alors que ce n'est pas normal. Mais à force d'être sous pression, tellement qu'elles te fatiguent, tu ne sais plus quoi faire. Tu as pitié de toi-même. Il y a des cas comme ça, mais ce n'est pas fréquent." (Infirmière obstétricienne 32 ans)

36 Cette violence peut s'exprimer dans les moments les plus douloureux, en brandissant toutes les menaces pour faire taire les femmes, comme en témoigne cette observation :

37 Un samedi matin, il est 11h15. La maternité est calme. Une aide soignante est couchée sur un des bancs du hall servant de salle d'attente. Elle somnole. Une dame, d'environ 36 ans est assise à côté, sur un autre banc. La sage-femme de garde, de la salle de travail attendant au hall, appelle la femme. Cette dernière rejoint la sage-femme dans la première pièce appelée salle de travail, précédant la salle d'accouchement. Elle y avait au préalable préparé une table sur laquelle elle demande à la femme de monter après avoir enlevé ses habits. La femme gardant son petit pagne monte sur la table. Elle attend, allonge les deux pieds sur chacun des deux repose-pieds de la table. Pour éviter d'avoir les cuisses écartées en attendant, elle les serre de son mieux. La sage-femme sort et 15 minutes après revient accompagnée de l'interne de garde. Sans adresser un mot à la femme, elle s'empare d'un spéculum et se met à le placer. Ensuite, munie d'une curette, elle commence à faire un curetage assisté de la sage-femme. Mais la femme se tortille et grimace de douleur. N'arrivant pas à faire correctement le travail, l'interne suspend son acte et regarde

gravement la femme. La sage-femme gronde la femme : 'tu as intérêt à rester tranquille. Si celle-là se fâche et part sans enlever toutes ces saletés, c'est grave pour toi ! Écarte tes cuisses !'. Mais la femme continue à résister et bouge chaque fois que la curette s'enfonce. Cela continua durant vingt bonnes minutes. Nous essayons de la convaincre en lui expliquant les dangers qu'elle court en bougeant ainsi, L'interne, s'adressant pour la première fois à la femme dit d'un ton menaçant : 'Si tu ne restes pas tranquille, nous irons chercher un homme, Lui, il sera vraiment sans pitié', La sage-femme nous demande de l'aider à maintenir les cuisses. Il semble que les explications et les menaces eurent raison de la femme, Le reste du curetage se passe sans problème, A la fin, la sage-femme montre à la femme la poire contenant des fragments de membranes mêlés de sang noir et lui dit : 'Tu as vu ? Tu voulais que cela reste dans ton ventre ? En début d'après-midi, alors que nous étions avec l'interne dans la salle des internes, la sage-femme entre et lui donne une somme d'argent en disant : 'curetage !',

- 38 Contraintes justifiées ou pas, durant certains accouchements, des mesures vont jusqu'au ligotage des parturientes :

"Une fois nous avons reçu une fille. Elle était célibataire. Peut-être qu'elle ne voulait que l'enfant là vienne vivant ! Elle te donne des coups de pieds, ou ce sont ses mains qui te donnent des coups. Si tu regardes ça. bon ça c'est logique ! Il a fallu qu'on lui attache les pieds pour qu'on puisse faire cet accouchement. Ma blouse, elle était toute sale [rires]" (Infirmière obstétricienne 32ans)

- 39 Mais les réactions des sages-femmes lorsqu'elles se veulent apaisantes font référence à la douleur de l'accouchement qui est alors perçue comme "naturelle" et que les parturientes doivent supporter :

"Il faut toujours être compréhensive, comprendre que ce n'est pas de leur faute et que c'est peut-être la douleur qu'elles ont qui les mettent dans ces états. On les fait calmer et on leur dit que vraiment c'est naturel, donc il faut que tous ces signes là passent d'abord pour qu'il y ait l'accouchement. Nous les faisons calmer avec ça. Qu'elles gardent leurs esprits, qu'elles ne s'affolent pas. Qu'elles supportent un peu seulement. Peut être que quand tu vois que ça, s'accélère ; ça veut dire que ça va prendre fin. C'est avec ça que nous leur faisons comprendre les choses. " (Sage-femme 42 ans)

- 40 Comme le montre les observations et les entretiens présentés ici, on ne donne guère d'explications et on ne rassure guère les femmes. Les personnels s'adressent aux femmes à l'impératif. Johanne Tremblay fait le même constat en Haïti où, là aussi les paroles adressées aux parturientes en salle d'accouchement" sont toujours des consignes formulées au mode impératif : que ce soit pour leur dire de se lever ou de se coucher, de mettre les sandales ou de rapprocher les fesses au bord du lit..." (Tremblay 1995 : 185). Au Mali comme ailleurs dans la plupart des pays pauvres, la salle d'accouchement dans les services publics de santé maternelle est souvent un univers de douleurs et de souffrance semblable à celui que décrit Jacques Gélis dans les pratiques des accoucheuses rurales en France dans la seconde moitié du XVIII^{ème} siècle (Gélis 1976). Face au "paternalisme médical" qui caractérise l'offre publique de santé, il est important de construire une "autonomie" des usagers à prendre part aux décisions qui concernent ses problèmes de santé ¹⁶, La relation soignant-soigné devrait être un véritable dialogue centré sur le respect de l'humain.

BIBLIOGRAPHIE

- Amann J.-P.**, 2003, "Quelle place pour le patient dans la décision médicale ?", in : Y'a-t-il une place pour le patient dans la décision médicale ? *Première Journée de l'Observatoire de l'Ethique Clinique*, Paris.
- Carricaburu D.**, 1994, "Les sages-femmes face à l'innovation technique", in Pierre Aïach et Didier Fassin (eds), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, Anthropos.
- Chateauraynaud F.**, 1991, *La faute professionnelle. Une sociologie des conflits de responsabilité*, Paris, Métailié.
- Diallo Y.**, 2003, "Pauvreté et maladie", in Yannick Jaffré et Jean-Pierre Olivier de Sardan (eds), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala.
- Dujardin B.**, 1994, Les politiques de district de santé, *Santé Publique*, 4 : 339-55.
- Fassin D.**, 1992, *Pouvoir et maladie en Afrique*, Paris, PUF.
- Fassin D.**, 2000, "Les enjeux politiques de la santé", *Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala.
- Flis-Trèves M.**, 2001, *Le deuil de maternité*, Paris, Plon.
- Gelis J.**, 1976, "L'accouchement au XVIIIème siècle. Pratiques traditionnelles et contrôle médical", *Ethnologie Française*, VI : 3-4.
- Gruénais M.-E.**, 2002, "Politiques et Pratiques en Santé reproductive en Afrique. Le risque est-il géré ?", *Etudes comparatives portant sur trois pays africains : Cameroun, Centrafrique, Mali*, Convention MIRE/IRD 07/00 111.
- Ghertman M.**, 1981, *La prise de décision*, Paris, Institut de Recherche et d'Information sur les multinationales.
- Israël L.**, 1980, *La décision médicale. Essai sur l'art de la médecine*, Paris, Calmann-Lévy.
- Jaffré Y.**, Olivier de Sardan J.-P., 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala.
- Jaffré Y., Olivier de Sardan J.-P.**, 2002, "Les dysfonctionnements des services de santé", *Rapport du volet socio-anthropologique. Enquêtes sur l'accès aux soins dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, UNICEF-Coopération française.
- Jaffré Y.**, 1999, "Les services de santé "pour de vrai". Politiques sanitaires et interactions quotidiennes dans quelques centres de santé (Bamako, Dakar, Niamey)", *APAD*, 17 : 3-17.
- Jahn A. et Brouwere De Y.**, 2001, "La référence pendant la grossesse et l'accouchement : concept et stratégies", in Brouwere De Y. et Lerberghe W.Y., *Réduire les risques de la Maternité : Stratégies et évidence Scientifique*, Bruxelles, Studies in Health Services Organisation et Policy, CD-Rom.
- Mebtoul M.**, 2002, "La profession médicale peut-elle se construire dans un espace socio sanitaire banalisé et déprecie ?", *Santé Publique et Science Sociales*, 8 & 9 : 171-186.

Membrado M., 2001, "La décision médicale entre expertise et contrôle de la demande : le cas des interruptions de grossesses pour motif thérapeutique", *Sciences Sociales et Santé*, 19 (2) : 31-59.

Ministère de la Santé Des Personnes Âgées et de la Solidarité, 2002, *Enquête Démographique et de Santé Mali 2001*, Mali, Direction Nationale de la Statistique et de l'Information.

Ministère de la Santé Des Personnes Âgées et de la Solidarité, 1998, *Plan Décennal De Développement Sanitaire et Social 1998-2007*, Mali.

Ministère de la santé des personnes Âgées et de la solidarité, 1998, *Programme de Développement Sanitaire et social (PRODESS) 1998-2002*, Mali.

Morel C., 2002, *Les décisions absurdes. Sociologie des erreurs radicales et persistante*, Paris, Gallimard.

Nations Unies (UN), 2000 *Rapport du comité plénier ad hoc de la vingt-troisième session spéciale de l'Assemblée générale*, supplément n° 3 (A/S-23/10/Rev.1), consulté en ligne sur le site : www.un.org/french/womenwatch/followup/beijing5/index.html

Olivier de Sardan J.-P., 1990, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, APAD-Karthala.

Olivier de Sardan J.-P., Moumouni A., Souley A., 1999, "L'accouchement c'est la guerre - De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien", *APAD*, 17 : 71-93.

Sahel A. et al, 2001, *Des catastrophes obstétricales évitées de justesse : les near miss dans les hôpitaux Marocains*, in Institut National d'Administration Sanitaire [INAS], Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold, Maternal and Child Epidemiology Unit. Atelier de consensus sur les audits des soins obstétricaux , Rabat, les 19-20 mars 2001.

Strauss A., 1992, *La trame de la négociation Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.

Trembley J., 1995, *Mères, pouvoir et santé en Haïti*, Paris, Karthala.

NOTES

1.L'ampleur du phénomène de la mortalité maternelle est mal connue. et les informations recueillies sont parfois en deçà de la réalité. La sous-estimation s'explique par le fait que les professionnels de santé impliqués dans la collecte des informations ne perçoivent pas toujours l'utilité du recueil de données épidémiologiques. Nous avons pu constater effectivement que les professionnels de la santé de certains centres sanitaires du Mali reportent mal les données dans les registres des évacuations-références. Par ailleurs, lorsque les chiffres proviennent d'enquêtes spécifiques, les méthodologies peuvent différer. C'est sans doute en combinant les résultats de différentes approches que l'on pourrait avoir la meilleure approximation possible.

2.Le médecin chef son adjoint ou un des anciens internes (étudiants en médecine en fin de cycle).

3.Association de Santé Communautaire de Ka.

4.Centre de Santé Communautaire

5.G: nombre de grossesses, P: parité, V: naissance vivante, D: enfant décédé, A: avortement, CPN : consultation prénatale.

6.Albrecht Jahn et Vincent de Brouwere considèrent la référence comme « tout mouvement vers le haut dans la pyramide sanitaire d'individus en quête de soins ». Ce

contenu me semble bien approprié puisqu'il met l'accent sur le processus dynamique de la référence et les interactions entre les acteurs (Jahn & Brouwere De, 2001).

7. Le centre de santé de référence est le premier niveau de référence. Il est le complément du réseau des CScm et CSAR (Centre de santé d'Arrondissement). Il ne se justifie que dans la mesure où il prend en charge les cas qui, pour une raison ou une autre, ne trouvent pas satisfaction au premier échelon (Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social 1998-2007)

8. Vocabulaire anglo-saxon traduit en français par le terme « échappée belle ». Il se définit comme étant toute femme dont le pronostic vital immédiat a été mis en jeu pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum ou post-abortum et qui a pu survivre par des soins hospitaliers ou par chance » (Sahel, A. et al. 2001)

9. Yveline Diallo fait une large description des situations de recours aux soins des pauvres avant de conclure qu'une des bases des soins de santé primaires à savoir « l'équité dans la répartition des ressources affectées à la santé et aux soins de santé » demeure toujours une illusion (Diallo 2003 : 216). Voir aussi Fassin (1992, 2000).

10. Une brève analyse par les décisions sur 22 évacuations effectuées en milieu rural nigérien trouve contrairement au seul cas présenté dans cet article que la décision de la parturiente est souvent prise en compte (Olivier de Sardan & al. 1999)

11. Vécu tragique peu évoqué dans les études socio anthropologiques qui s'intéressent à l'accouchement et ses problèmes.

12. Francis Chateauraynaud parle de « qualification de l'évènement » qui peut être « une faute grave, une faute, un incident ou non qualifiée » (Chateauraynaud 1991 : 42).

13. Le même constat est fait par Monique Membrado concernant le fonctionnement d'un « comité de vigilance » créé en France par le département de Gynécologie-obstétrique d'un CHU pour la prise de décision des avortements thérapeutiques (Membrado 2001).

14. Danièle Carricaburu souligne que l'autonomie des sages-femmes dans la salle d'accouchement est menacée par l'introduction de nouvelles techniques comme par exemple l'analgésie péridurale (Carricaburu 1994).

15. Cette classification ne concerne que les patientes « anonymes », qui subissent souvent de mauvais traitements de la part des soignants dans les services de santé publique. Voir Jaffré et Olivier de Sardan (eds), 2003.

16. Dans sa communication lors de la première journée de l'Observatoire de l'éthique clinique, Jean-Paul Amann souligne que la promotion de l'autonomie des patients n'est pas « le passage d'un modèle paternaliste à un modèle individualiste, mais plutôt l'introduction des valeurs démocratiques... dans une relation qui reste une relation protectrice parce qu'elle est une relation de soin » (Amann 2003).

AUTEUR

AÏSSA DIARRA

Allocataire de recherche IRD, aissadiarra@yahoo.fr